DE LA

N° 119.

HERNIE INGUINALE RÉCENTE,

ET DE SON TRAITEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 juillet 1832, *pour obtenir le titre de Docteur en médecine;*

PAR J.-CASIMIR BOUBÉE, de Boulogne,

Département de la Haute-Garonne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie medicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, *Suppléant.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Président.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD, *Examinateur.* / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Examinateur.* / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Suppléant.*
Briquet.	Martin Solon, *Examinateur.*
Brongniart.	Piorry, *Examinateur.*
Cottereau.	Rochoux.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES

ET

A LA PLUS CHÉRIE DES MÈRES.

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES FRÈRES.

Union et amitié pour la vie.

A MA BELLE-SŒUR.

Gage de mon estime et de mon respect.

J.-C. BOUBÉE.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/delahernieinguin0004vari

DE LA

HERNIE INGUINALE RÉCENTE,

ET DE SON TRAITEMENT.

On a donné le nom de *hernie inguinale* à une tumeur plus ou moins saillante, produite par la sortie des intestins ou d'un des viscères contenus dans l'abdomen à travers l'ouverture qui donne passage au cordon testiculaire chez l'homme, et au ligament rond de l'utérus chez la femme. Cette ouverture, située au-dessus du pubis, et connue pendant long-temps sous le nom d'*anneau inguinal*, a été l'objet d'une étude toute particulière de la part des anatomistes modernes ; mais c'est à MM. *Lawrence*, *Cowper* et *J. Cloquet* que l'on en doit la description la plus exacte ; et aujourd'hui elle est plus généralement connue sous le nom de *canal inguinal*.

Voici, en peu de mots, quelle est la direction de ce canal, et quelles sont les parties anatomiques qui entrent dans sa composition.

Le canal inguinal a une direction oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant. Sa longueur, qui est presque nulle chez le fœtus, va en augmentant depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. A cet âge, d'après M. *Velpeau*, la longueur ordinaire est de deux pouces à deux pouces et demi.

La largeur du canal inguinal dépend des différentes parties qui le traversent ; ce qui fait qu'il se trouve beaucoup plus large chez l'homme que chez la femme.

Il a une forme cylindroïde, et présente quatre parois.

La paroi antérieure est très-forte, et se trouve formée par l'aponévrose de l'oblique externe.

La paroi postérieure est constituée par la portion interne du *fascia transversalis*. Cette paroi est d'autant plus forte qu'elle est plus rapprochée du pubis. Les anatomistes l'ont divisée en trois portions : la première, peu étendue, se trouve comprise entre l'extrémité externe du canal et l'artère épigastrique, et correspond à la fossette inguinale externe ; la seconde est limitée par l'artère épigastrique en dehors, et par l'artère ombilicale en dedans, et correspond à la fossette inguinale interne ; la troisième s'étend de l'artère ombilicale au bord externe du muscle droit.

La paroi supérieure est très-étroite, et est formée par les muscles petit oblique et transverse, qui remplissent l'espace laissé entre le *fascia transversalis* et l'aponévrose du grand oblique.

La paroi inférieure est formée par le ligament de *Fallope*. Cette paroi est d'autant plus grande qu'elle s'approche davantage de l'anneau inguinal.

Le canal inguinal offre deux orifices : l'un pubien et antérieur, et l'autre abdominal et postérieur. Le premier est formé par l'aponévrose de l'oblique externe, laquelle, aussitôt arrivée à un pouce et demi du pubis, se divise en deux bandelettes que l'on nomme *piliers*. L'une de ces bandelettes est interne et supérieure, et s'attache au pubis en se croisant avec celle du côté opposé. L'autre est externe et inférieure, et n'est autre chose que l'extrémité interne de l'arcade crurale, qui vient se fixer à l'épine du même os. L'orifice antérieur est donc circonscrit par les deux bandelettes que je viens de décrire et par le pubis. Cet orifice a une figure triangulaire : la base du triangle est en bas, et est formée par le pubis ; le sommet est le point où les deux piliers se séparent l'un de l'autre ; ce sommet est un peu arrondi.

Des fibres transversales, qui vont d'un pilier à l'autre, contribuent, par leur disposition, à empêcher l'écartement des deux faisceaux aponévrotiques.

L'orifice que je viens de décrire est recouvert, dans sa partie antérieure, par une toile fibro-celluleuse, à laquelle *Astley Cooper* a donné le nom de *fascia superficialis*. Cette toile, après avoir dépassé l'anneau, forme une gaîne aux vaisseaux spermatiques, qu'elle accompagne jusque dans le scrotum.

L'orifice postérieur, qui a quelque ressemblance avec l'antérieur, est formé par l'écartement des fibres aponévrotiques du *fascia transversalis*. Il est plus épais en dedans qu'en dehors. Cet orifice est limité en haut par le bord inférieur du muscle petit oblique, et en bas par le muscle grand oblique.

C'est au niveau de cette ouverture et au bord inférieur que les vaisseaux spermatiques se joignent, à angle plus ou moins aigu, avec le conduit déférent; ils forment avec lui, avec les nerfs qui vont aux testicules, et avec les vaisseaux lymphatiques qui en sortent, le cordon spermatique.

La membrane séreuse qui tapisse les différentes régions de l'abdomen, arrivée à la partie postérieure du canal inguinal, présente deux fossettes qui sont séparées l'une de l'autre par une cloison que soutient le ligament ombilical. De ces deux fossettes, l'une est externe et l'autre interne : l'externe est plus profonde et plus grande que l'interne ; cette fossette répond à l'entrée des vaisseaux spermatiques dans le canal inguinal : c'est par cet endroit que commence ordinairement la hernie inguinale.

Je terminerai cette description anatomique en faisant mention de l'artère épigastrique. Cette artère, née de l'iliaque externe, au niveau de l'extrémité supérieure de l'orifice inguinal, se porte aussitôt en dedans, s'engage presque sur-le-champ derrière le cordon testiculaire, puis remonte, en dedans de lui, presque verticalement le long du bord externe du muscle droit, pour aller se terminer à l'ombilic.

Tellé est la disposition anatomique des parties qui forment ou qui entourent le canal inguinal.

Qu'on suppose maintenant que, dans un effort considérable, les intestins viennent à être comprimés avec force par le diaphragme et les muscles abdominaux, ces organes pressés, trouvant moins de résistance à la région inguinale que partout ailleurs, franchiront cette ouverture en poussant devant eux le péritoine, qui, dans cet endroit, n'est uni aux muscles que par une couche de tissu cellulaire très-lâche. Dans ce déplacement, les viscères descendent tantôt devant les vaisseaux spermatiques, et ne parviennent à l'anneau antérieur qu'en suivant le trajet oblique du cordon; tantôt ils s'échappent presque directement en avant, en traversant le *fascia transversalis*.

De là la division de la hernie inguinale en *externe* et en *interne*. Dans le premier cas, la tumeur est située en dehors de l'artère épigastrique; dans le second, cette artère se trouve située au côté externe de la hernie.

La hernie externe peut aussi être divisée en *complète* et en *incomplète*, selon que les organes ont parcouru tout le trajet du canal, ou qu'ils se trouvent encore contenus dans son intérieur. On a donné le nom de *scrotocèles* aux premières, et on a appelé *bubonocèles* les secondes.

Dans toute hernie, le péritoine, qui est pressé en avant par les parties qui se déplacent, leur sert de sac herniaire. Ce sac se trouve encore entouré par un prolongement du tissu cellulaire.

Dans la hernie inguinale externe, les parties descendent devant le cordon des vaisseaux spermatiques. L'artère épigastrique, d'abord située derrière le cordon testiculaire, se porte ensuite derrière le col du sac herniaire, et se place bientôt à son côté interne.

La hernie inguinale interne se fait par un espace cité par *Helselbach* et *Scarpa*, et qui est limité par l'artère épigastrique en dehors, et les muscles droits en dedans. Dans cette espèce de hernie, les viscères sortent presque directement de derrière en devant, en traversant le *fascia transversalis*, et quelquefois en poussant devant eux cette lame fibreuse, qui forme alors au sac herniaire une enveloppe

aponévrotique. Dans cette hernie, le cordon testiculaire se trouve situé au côté extérieur du sac, surtout dans l'anneau. L'artère épigastrique est toujours située en dehors du collet du sac herniaire.

Il y a encore une autre espèce de hernie nommée *congéniale* ou *de naissance*. Celle-ci ne diffère des précédentes que parce que les organes herniés sont renfermés dans la tunique vaginale, et qu'ils se trouvent en contact immédiat avec le testicule. Cette dernière espèce est extrêmement rare; elle a lieu ordinairement quelques jours après que l'enfant est né. On l'a vue aussi survenir chez l'adulte.

Les hernies inguinales sont ordinairement formées par l'intestin grêle, l'épiploon, et par l'arc du colon. Il y a cependant d'autres organes qui peuvent former hernie : ainsi le cœcum, l'S iliaque du colon, le colon lombaire droit, la vessie, la matrice ont même été trouvés formant hernie. Il arrive quelquefois que les parties placées au côté gauche se présentent à l'anneau inguinal droit, et *vice versâ*.

Causes.

Les causes des hernies sont *prédisposantes* ou *efficientes*. Les causes prédisposantes se trouvent dans la mobilité des viscères, dans leur peu de volume et dans leur situation à la partie inférieure de la cavité abdominale près du canal inguinal; elles se trouvent encore dans la faiblesse naturelle des parois abdominales. Cette faiblesse peut être augmentée accidentellement par diverses circonstances, qui doivent être mises au nombre des causes prédisposantes de la hernie inguinale; telles sont la maigreur succédant à un embonpoint considérable, les fréquentes et longues stations, etc., etc.

Malgré ces diverses prédispositions, la hernie ne se formerait pas s'il ne survenait une cause qui déterminât la sortie des viscères. Parmi ces causes on doit ranger toutes les puissances capables de pousser les viscères du ventre contre les parois de cette cavité et ces mêmes parois contre les viscères. On sait, en effet, que dans l'état de santé, l'abdomen est soumis à deux forces opposées qui se balancent réci-

proquement : l'une de ces forces est la pression des organes contenus dans l'abdomen contre les parois de cette cavité ; l'autre est la réaction de ces mêmes parois contre les organes qu'elles contiennent. Il est très-vrai que si ces deux forces étaient dans un équilibre parfait chez tous les individus et dans toutes les circonstances de la vie, l'homme ne serait jamais atteint de la hernie. Il est très-vrai aussi que si, lorsque l'équilibre de ces deux forces vient à manquer, les parois de l'abdomen cédaient également sur tous les points à l'impulsion des viscères, le ventre augmenterait dans toute son étendue et il ne se formerait pas de hernie ; mais comme l'étendue des parois du ventre présente quelques points qui offrent moins de résistance que les autres, si une contraction violente et simultanée du diaphragme vient à avoir lieu, les viscères, partout pressés, doivent chercher à s'échapper par les endroits les plus faibles. Or, ces endroits sont ordinairement le canal inguinal chez l'homme, et le canal crural chez la femme.

La hernie inguinale se forme lentement, ou bien elle a lieu tout d'un coup. Lorsque la cause prédisposante existe à un faible degré, il est rare que la cause efficiente agisse à elle seule avec assez de force pour déterminer la hernie tout d'un coup. Le contraire peut arriver lorsque cette cause prédisposante existe à un haut degré.

Symptômes.

La hernie inguinale se présente sous la forme d'une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau. Dans quelques circonstances, cette tumeur est susceptible de rentrer d'elle-même ou à la moindre pression, surtout lorsque le malade est couché sur le dos, pourvu que cette pression agisse dans un sens inverse du trajet que les viscères ont parcouru pour sortir. Cette tumeur peut aussi reparaître immédiatement après qu'on a cessé de la comprimer et que le malade a repris la position verticale. Lorsque la hernie existe, elle augmente de volume par un accès de toux ou par une forte inspira-

tion ; et, si on y applique la main, on éprouve d'une manière très-distincte une impulsion transmise aux parties que renferme la tumeur par les parties intérieures. Lorsque la hernie est formée par des intestins, la tumeur est arrondie et plus étroite du côté de l'abdomen ; sa réduction, prompte et facile, est accompagnée d'un bruit particulier nommé *gargouillement*. Dans la hernie épiploïque, la tumeur est molle, inégale, pâteuse ; sa réduction, plus difficile, s'opère lentement et sans bruit. Dans quelques circonstances, l'intestin et l'épiploon forment hernie ensemble.

Diagnostic.

Il sera toujours assez facile de distinguer la hernie inguinale des maladies qui peuvent survenir dans cette région. Ainsi, à son début, lorsque la hernie est encore très-peu volumineuse, cette affection peut être confondue avec un bubon développé au-dessus de l'aine ; mais le défaut d'inflammation dans la partie, l'absence de tout sentiment de pulsation, suffisent pour éclairer le praticien. Lorsque les viscères sont descendus jusque dans le scrotum, ils pourraient, jusqu'à un certain point, faire supposer une hydrocèle ou une maladie du testicule ; mais en ayant égard aux circonstances commémoratives, en comparant les signes de la hernie avec ceux de ces deux maladies, on voit que dans l'hydrocèle la tumeur est irréductible, à moins qu'elle ne soit congénitale ; sa forme pyramidale va croissant sans cesse du fond des bourses vers l'anneau, tandis que la hernie s'est formée de l'anneau au scrotum ; de plus, la transparence de l'hydrocèle fait toujours reconnaître que c'est un liquide et non un corps dense qui se trouve contenu dans son intérieur.

Quant au sarcocèle, les renseignemens que l'on prend font toujours savoir que la maladie a commencé par le testicule. En outre, le voisinage de l'anneau est toujours libre dans le sarcocèle ; dans la hernie, au contraire, ce point est toujours occupé.

Prognostic.

La hernie inguinale est une maladie moins grave chez l'enfant que chez l'adulte ; chez le premier, les deux ouvertures vont toujours en s'éloignant l'une de l'autre par l'effet de l'accroissement, et rendent possible la guérison ; chez l'adulte, l'accroissement étant presque nul, la guérison est très-rare; elle est impossible chez le vieillard. On devra considérer aussi la hernie inguinale interne comme étant plus fâcheuse que l'externe ; l'intestinale doit être regardée encore comme plus dangereuse que l'épiploïque.

Traitement.

La première indication qui se présente pour la cure des hernies consiste à faire rentrer dans l'intérieur de la cavité abdominale les viscères sortis, et à employer les moyens nécessaires pour les y maintenir. Pour y parvenir, on commence par faire coucher le malade sur le dos et au bord de son lit; la tête légèrement inclinée sur la poitrine, le bassin un peu plus élevé que le ventre et incliné du côté opposé à la maladie ; les jambes seront ensuite fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin. De cette manière, les muscles de l'abdomen se trouvent dans un parfait relâchement. Cette seule position a suffi, dans quelques cas, rares à la vérité, pour faire rentrer les viscères.

Après avoir donné au malade la position dont je viens de parler, le chirurgien embrasse la tumeur d'une main placée sous la cuisse; il la comprime doucement avec les doigts, en pousse successivement les parties vers l'orifice inguinal. Cette action doit porter sur les parties les plus voisines de l'ouverture inguinale, en procédant obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, afin de leur faire suivre le même chemin qu'elles ont parcouru dans leur sortie, mais dans un sens inverse. Pendant qu'on exécute ce mouvement, la main libre

est appliquée sur le collet du sac pour empêcher les viscères de ressortir à mesure qu'on les a fait rentrer.

La réduction opérée, ce qui reste à faire c'est de s'opposer au renouvellement de cette maladie. Pour y parvenir, on se sert avec succès du bandage connu sous le nom de *brayer*. Ce bandage se compose d'un cercle qui, s'accommodant à la forme du corps, est terminé à l'une de ses extrémités par une pelote qui exerce sur le canal inguinal une compression non interrompue, dont l'effet est de contenir les organes abdominaux dans leur cavité.

L'application constante de ce bandage, qui comprime exactement l'ouverture par laquelle les parties se sont échappées, est le moyen le plus avantageux pour obtenir la cure radicale de la hernie inguinale chez les enfans et chez les jeunes personnes. L'expérience a prouvé qu'on n'est plus en droit d'espérer qu'une cure palliative, lorsque l'ouverture est très-dilatée, lorsque la hernie a été réduite plusieurs fois, et que celui qui en est incommodé est arrivé à l'âge de trente ou quarante ans.

Anciennement, guidés par des idées tout à fait fausses, les chirurgiens recouraient aux opérations les plus graves dans le but d'obtenir une cure radicale de la hernie inguinale : c'est ainsi qu'on a pratiqué la castration, espérant que le cordon coupé et cicatrisé formerait à l'ouverture herniaire un bouchon qui mettrait le mal à l'abri de la récidive. Plus tard, les chirurgiens ont reconnu que la castration, que la ligature du cordon, celle du sac herniaire, que la cautérisation des tégumens par laquelle on espérait pouvoir oblitérer l'ouverture de ce sac, et rétrécir l'anneau inguinal, en obtenant une cicatrice solide des tégumens, étaient des opérations nuisibles et insuffisantes; et les praticiens modernes sont tous d'accord que l'usage non interrompu d'un bandage bien fait, est le seul moyen auquel on doive avoir recours pour obtenir une cure radicale (quand elle est possible) des hernies qui ont été réduites par le taxis.

Bien souvent la hernie inguinale ne se présente pas dans l'état de

simplicité que nous venons de décrire : presque toujours, lorsqu'un malade vient réclamer des secours, la tumeur existe depuis quelque temps, ou divers accidens se sont déjà manifestés, tels que des douleurs, l'étranglement, et même la gangrène quelquefois.

Lorsque l'étranglement inflammatoire existe, les causes en sont, tantôt dans l'ouverture inguinale, distendue outre mesure, et revenant sur elle-même en vertu de son élasticité; tantôt dans le sac lui-même; celui-ci présente souvent un ou plusieurs rétrécissemens, soit au niveau de l'anneau, soit dans un point plus éloigné de son étendue. Si, dans cet état, le volume des viscères qui le traversent vient à augmenter, la compression à laquelle ils sont soumis s'oppose au passage des substances alimentaires, à la circulation du sang et des autres fluides dans les vaisseaux. Par suite, tous les phénomènes de l'étranglement se développent.

Les matières fécales, accumulées dans l'anse herniaire, peuvent être aussi la cause de l'étranglement.

D'après la nature de ces causes, les auteurs ont distingué l'*étranglement inflammatoire* et l'*étranglement par engouement;* il y en aurait même un troisième, d'après *Richter*, qui serait l'*étranglement spasmodique.*

Le premier est manifesté par une douleur vive dans la hernie, qui s'étend rapidement à tout le ventre. La tumeur est dure; quelquefois les tégumens participent à l'inflammation; il survient bientôt des nausées, des vomissemens fréquens et pénibles, d'abord composés de boissons et d'alimens, puis de matières bilieuses et stercorales; le ventre est tendu, les selles supprimées, le pouls petit et dur; les hoquets se manifestent, les traits s'altèrent, et le malade succombe.

Dans l'étranglement par engouement, la tumeur est volumineuse, mollasse, indolente ou peu douloureuse dans les premiers temps; le ventre est boursoufflé plutôt que tendu; il y a également constipation; les nausées, les vomissemens se déclarent; mais ils ont lieu

sans effort violent; la fièvre est légère. Cette espèce d'étranglement peut durer long-temps sans compromettre la vie du malade.

Lorsque les signes de l'étranglement se sont manifestés, quels moyens doit-on mettre en usage pour faire cesser cet état? Si la tumeur ne peut, en aucune manière, être réduite par le taxis, il importe beaucoup, dans l'intérêt du malade, de prendre un parti prompt et décisif. Dans le cas où l'étranglement serait inflammatoire, on aura recours à la saignée portée même jusqu'à la syncope, aux sangsues appliquées sur la tumeur, aux cataplasmes émolliens, aux bains tièdes. Lorsque l'étranglement a lieu par engouement, après avoir placé le malade de manière que l'ouverture herniaire soit dans le relâchement le plus complet, on prendra la tumeur avec les deux mains, on la maniera doucement et en différens sens. Ces manipulations, que l'on peut réitérer après quelques instans de repos, sont souvent suivies de réduction. Dans des circonstances semblables, *Monro* employait les purgatifs, tels que le jalap, le mercure doux, le sulfate de soude; *Scarpa* les administrait toutes les deux heures; enfin la fumée de tabac, ou bien une décoction de cette substance administrée en lavement, a eu des succès entre les mains d'*Heister*. Ce moyen, abandonné en France, est encore très-fréquemment employé en Angleterre.

Parmi les topiques vantés dans ce cas, on cite les applications astringentes et répercussives, telles que l'oxycrat, l'eau de *Goulard*, les aspersions d'eau froide. Lorsque tous ces moyens ont été infructueux, il n'y a plus que l'opération qui puisse sauver les jours du malade.

Cette opération consiste à inciser les tégumens et le sac, à agrandir l'ouverture inguinale pour faire cesser l'étranglement, et à réduire les parties herniées ou à remédier à leur altération.

A cet effet, le malade étant couché sur le bord de son lit, la paroi abdominale relâchée, comme dans le taxis, le chirurgien se place à sa droite, ayant un aide vis-à-vis de lui; les choses ainsi disposées, si la hernie est peu volumineuse, on fait faire à la peau qui recouvre la tu-

meur un pli transversal tenu par un aide et par la main gauche de l'opérateur. Celui-ci, armé d'un bistouri droit ou convexe, fait l'incision de ce pli jusqu'à sa base : si cette première incision n'est pas assez étendue, on l'agrandit au moyen d'une sonde cannelée, engagée alternativement dans les angles supérieur et inférieur de la plaie. Lorsqu'il n'est pas possible de former ce pli, on incise la peau dans toute son étendue, de la partie supérieure de la tumeur à sa partie inférieure : cette incision doit être faite obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, si la tumeur ne dépasse pas le pli de l'aine; mais si elle est volumineuse et qu'elle descende jusqu'au bas du scrotum, quand il est arrivé au niveau de la racine de la verge, l'opérateur doit faire décrire à l'incision une courbure dont la convexité est en dedans. La section de la peau, pratiquée de cette manière, demande beaucoup de précautions de sa part, pour ne pas aller trop profondément. La peau étant coupée, le chirurgien divise avec beaucoup de ménagement les feuillets de tissu cellulaire sous-cutané; il les coupe l'un après l'autre dans l'espace de trois à quatre lignes, en les soulevant avec une pince à disséquer; et lorsqu'il est arrivé au sac, reconnaissable à sa transparence, il le soulève avec la pince, le coupe en dedans, vers le tiers inférieur de la tumeur, parce que, dans cet endroit, cette membrane séreuse est ordinairement éloignée de l'intestin par une quantité plus ou moins considérable de sérosité. Il introduit par cette ouverture une sonde cannelée qu'il applique contre le sac, et avec laquelle il le soulève; puis, glissant dans la rainure de la sonde un bistouri ou l'une des branches de ciseaux, il incise le sac, après s'être assuré qu'aucune des parties qui y sont renfermées ne s'offre au tranchant de l'instrument. Avant de continuer l'opération, le chirurgien aura le soin de faire la ligature des vaisseaux qui donneraient du sang, et que l'on aurait coupés en incisant le sac et les feuillets celluleux qui le recouvraient.

Après ce temps de l'opération, les intestins cessent d'être comprimés, prennent généralement un volume plus considérable. Lorsqu'ils sont sains et peu adhérens, on peut essayer d'en faire sortir une plus

grande partie au dehors; cependant, si une légère traction ne suffit pas pour déplacer la partie étranglée, on doit se décider à inciser l'anneau inguinal.

De tous les points de l'opération, celui-ci est sans contredit le plus important, à cause du voisinage de l'artère épigastrique. Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur l'endroit où l'incision doit être faite pour éviter cette artère : *Garengeot*, *Heister*, *Déjan*, veulent qu'on divise le pilier supérieur; *Dionis* et *Lafaye* veulent, au contraire, qu'on incise sur l'inférieur.

La situation du cordon guidait *Desault*. Ce célèbre chirurgien débridait en dedans, si le cordon était situé derrière le sac herniaire; en haut et en dedans, si le cordon était situé en devant et au côté externe du sac.

Scarpa et M. *Dupuytren* prescrivent de débrider parallèlement à la ligne blanche, dans tous les cas.

Ce dernier procédé est le plus généralement suivi. Pour le mettre en exécution, on se sert le plus ordinairement d'un bistouri courbe et boutonné, connu sous le nom de *bistouri falciforme*, que l'opérateur place sur la pulpe du doigt indicateur de sa main gauche, qui lui sert de conducteur. Le bistouri une fois arrivé à deux lignes au-delà de l'étranglement, est retourné, de sorte que le tranchant de l'instrument est dirigé contre l'opérateur lui-même; puis, avec le doigt, il pèse sur le dos de cet instrument, pour faire couper au tranchant les parties les plus saillantes qui se trouvent devant lui; en même temps il relève l'instrument avec la main. Dans le cas où l'on n'aurait pas assez incisé la première fois, on y reviendra une seconde.

A défaut de bistouri boutonné, on peut se servir d'un bistouri à lame étroite et à pointe émoussée, que l'on conduit sur une sonde cannelée et à cul-de-sac.

Toutes les fois que l'étranglement est produit par l'ouverture antérieure du canal inguinal, le débridement est facile à obtenir; mais la difficulté augmente, lorsque l'étranglement est formé par l'ouverture

postérieure de ce même canal. On est souvent obligé alors d'agrandir l'ouverture antérieure, pour arriver à la postérieure.

Dans le cas où l'étranglement sera produit par le collet du sac, le chirurgien devra prendre bien des ménagemens en conduisant le bistouri, afin d'éviter la lésion de l'intestin. La prudence veut que l'opérateur conduise le tranchant de l'instrument sur la pulpe du doigt : une fois arrivé sous l'étranglement, il retourne le tranchant vers lui et il fait l'incision.

L'obstacle qui s'opposait à la rentrée des viscères étant enlevé, on fait sortir au dehors une portion d'intestin ou d'épiploon, selon que la hernie se trouve formée par l'un ou l'autre de ces organes : s'il est sain et libre, on procède à sa réduction ; et, dans le cas même où il serait fortement enflammé, on doit s'empresser de le faire rentrer, car il est reconnu que cette inflammation s'apaise très-facilement dans l'intérieur de la cavité abdominale, où elle rencontre une température humide propre à faire disparaître cet état inflammatoire. On éprouve quelquefois de la difficulté à réduire les viscères, à cause des adhérences qu'ils ont contractées. Ces adhérences sont-elles gélatineuses, le doigt indicateur suffit pour les déchirer ; on coupe avec des ciseaux celles qui sont formées par des brides membraneuses, et on procède à la réduction de l'intestin.

Ainsi que je l'ai dit, la hernie inguinale peut se terminer par la gangrène. Dans quelques circonstances, les organes qui forment hernie sont seuls gangrénés ; d'autres fois, lorsque cette terminaison a lieu, toutes les parties qui les recouvrent, jusqu'à la peau, se trouvent envahies par la gangrène.

Dans le premier cas, le chirurgien peut avoir méconnu l'existence de cette gangrène jusqu'à l'ouverture du sac ; mais les parties étant mises à nu, et la mortification de l'épiploon ou de l'intestin étant reconnue, quelle conduite doit-on tenir? Les uns veulent, et de ce nombre se trouvent *Scarpa* et *Samuel Cooper*, qu'on fasse rentrer l'organe sphacélé dans l'intérieur du ventre, en ayant

la précaution de placer les taches gangréneuses vers la plaie et de l'abandonner aux ressources de la nature; d'autres, effrayés des fâcheux résultats qu'aurait produits cette méthode, prescrivent, à l'exemple de *Richter*, pour éviter un épanchement dans l'intérieur du péritoine, de maintenir l'intestin au dehors, au moyen d'un fil ciré, large et plat; après quoi on fait l'incision de l'escharre gangréneuse, sans prolonger l'incision jusqu'aux parties saines. Cette conduite me paraît préférable à la première, toutes les fois surtout qu'on pourra agir ainsi sans déranger en rien la marche ordinaire de la nature.

Dans le second cas, au contraire, il est facile de reconnaître avant l'opération que la tumeur, qui dans le principe avait présenté une certaine résistance, devient molle, pâteuse, emphysémateuse, et prend une teinte couleur de pourpre. Très-souvent l'intestin s'ouvre, et les matières fécales se font jour au dehors. Il est inutile alors de procéder d'une manière méthodique à l'opération. Il suffit, au moyen d'un bistouri conduit à l'aide d'une sonde cannelée, d'agrandir suffisamment l'ouverture qui existe déjà. Les matières fécales sortent par ce moyen en grande quantité, le ventre se détend, la sensibilité diminue, l'escharre tombe, et il reste un anus contre-nature. Lorsque le malade résiste à cet accident, des adhérences qui s'établissent entre le sac herniaire et l'intestin empêchent les matières alvines de s'épancher dans le péritoine. La plaie qui résulte de cette terminaison de la hernie demande à être nettoyée avec beaucoup de soin, et aussi souvent qu'on le pourra, avec de l'eau de guimauve, pour prévenir l'inflammation de la peau.

A l'aide de ce traitement, on voit quelquefois la maladie prendre un cours favorable; peu à peu les matières fécales reprennent leur route vers le rectum, et l'anus contre-nature se ferme insensiblement à mesure qu'il devient inutile.

L'opération achevée, on applique sur la plaie une pièce de linge percée de petits trous; de la charpie est placée sur ce linge, que l'on

soutient à l'aide de petites compresses et du bandage inguinal. Le malade est ensuite placé dans la position la plus favorable au relâchement des muscles de l'abdomen. On prescrit le repos, la diète, des boissons délayantes et des lavemens émolliens; quelques praticiens conseillent, immédiatement après l'opération, d'administrer un doux minoratif, pour faciliter l'évacuation des matières contenues dans le tube digestif; cependant, si le malade est menacé d'une inflammation des intestins ou du péritoine, on devra abandonner cette méthode de traitement, et avoir recours de suite aux saignées générales, aux sangsues appliquées sur l'abdomen, et aux fomentations émollientes.

Au bout de deux jours on lève l'appareil, et l'on se conduit pour les pansemens comme dans les plaies qui suppurent. Lorsque la plaie est complètement cicatrisée, et avant que le malade ne quitte le lit, on doit, afin d'empêcher les parties de faire hernie de nouveau, appliquer le brayer, et lui en conseiller l'usage le reste de ses jours.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

III.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Si à leucophlegmatiâ detento vehemens diarrhæa superveniat, morbum solvit. *Sect.* 7, *aph.* 29.

V.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. *Ibid.*, *aph.* 27.

VI.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.